

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*¹Пирогова Л.А., ²Езепчик Е.П., ²Новицкая Т.А., ²Житко Н.Л.,
²Филина Н.А., ²Степенкова Д.В., ²Андросюк И.А.*

¹УО «ГрГМУ», Гродно, Беларусь

²УЗО «ГОКБМР», Гродно, Беларусь

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОМНК) являются одной из ведущих медико-социальных проблем. Летальность в остром периоде при данной патологии достигает 35% случаев. Обращает на себя внимание факт повсеместного «омоложения» инсульта с поражением лиц работоспособного возраста. Следует подчеркнуть, что только 15% из них возвращаются к своей прежней трудовой деятельности. Постинсультная инвалидизация занимает I место среди всех причин первичной инвалидности. Более чем 80% больных, перенесших инсульт, имеют инвалидность разной степени тяжести; почти 20% больных становятся тяжёлыми инвалидами, нуждающимися в постоянном постороннем уходе. Этим определяется необходимость дальнейшего повышения эффективности и совершенствования организации реабилитационного процесса больных инсультом.

Основными задачами медицинской реабилитации больных с последствиями церебро-васкулярной патологии являются ускорение восстановительных процессов; ликвидация или уменьшение патологических изменений, формирующих стойкие неврологические синдромы; предотвращение или уменьшение инвалидизации.

Истинное восстановление функций головного мозга возможно лишь в первые 6 месяцев после инсульта; оно обеспечивается «растормаживанием» функционально неактивных нервных клеток в том числе в зоне «ишемической полутени», и обусловлено исчезновением отёка, улучшением метаболизма нейронов и восстановлением деятельности синапсов.

Другим механизмом восстановления является компенсация, которая обеспечивается наличием многосторонних анатомических связей между различными отделами нервной

системы и пластичностью нервных центров.

При инсульте нарушения, сопровождающие центральные парезы (спастичность, контрактуры, болевой синдром) формируются, как правило, к 3-4 неделе заболевания, поэтому необходимо раннее применение методов, препятствующих развитию мышечной гипертонии и патологических позных установок. У больных с поражением доминантного полушария мозга нарушаются речевая и другие высшие психические функции; возникают парезы, параличи, контрактуры суставов.

Важнейшим аспектом нейрореабилитации служит двигательная реабилитация, которая должна включать следующие направления: медикаментозная терапия; лечение положением; кинезотерапия; массаж; физиотерапевтическое лечение; рефлексотерапия; механотерапия; эрготерапия и др. В комплексе проводимых реабилитационных мероприятий особое место занимают методы рефлексотерапии.

Это метод, основанный на раздражении периферического нервного аппарата акупунктурных точек, который запускает каскад рефлекторных нейрогуморальных реакций, складывающихся в определённый интегральный ответ организма.

Методы рефлексотерапии направлены на коррекцию спастического тонуса у постинсультных больных, снижение болевых синдромов, стимуляцию нарушенных двигательных функций. С другой стороны, рефлексотерапия является патогенетическим методом рефлекторной терапии и, кроме борьбы со спастичностью и гиперкинезами, вызывает регуляцию вегето-сосудистой и эмоционально-волевой сфер, воздействуя на саморегулирующий аппарат спинного мозга, всего организма.

Иглорефлексотерапия применяется с учётом состояния тонуса в мышцах – антагонистах. В её задачи входят коррекция нарушений мышечного тонуса и локальных болевых синдромов, нормализация вегетативно-трофических функций и общая активизация больных.

Противопоказаниями для проведения иглорефлексотерапии являются: ИБС с приступами стенокардии; инфаркт миокарда за полгода до ОНМК; декомпенсация сердечной деятельности; активная фаза ревматизма; мерцательная аритмия; злокачественные новообразования.

К лечению приступают в острый период инсульта (первые 2

недели) при компенсированном состоянии пациента.

Первый курс рефлексотерапии состоит из 14-15 процедур; второй курс проводится через 2-3 недели после первого и составляет 10-12 процедур. Третий курс начинают через месяц после второго; количество процедур в нём зависит от индивидуального состояния пациента. При сформировавшихся контрактурах суставов и патологических позах конечностей курс классической рефлексотерапии достигает 20 процедур.

Рефлексотерапия эффективна в первые полгода после перенесенного ОНМК, т.е. в остром и раннем восстановительном периодах инсульта; в позднем восстановительном периоде (через год и более после начала заболевания) методы акупунктуры носят симптоматическую направленность.

В процедурах классической иглорефлексотерапии широко применяли точки акупунктуры, улучшающие кровообращение головного мозга: TR5, MC6, MC7, GJ11, GJ10, GJ4, VB20, VB21, VB34, VB39, VB40, E36, JG3, JG14, JG15, F2, F3, V11, V15, V18, V19, V23, V62, VG19, VG20, VG21. Первый курс проводится на стороне поражения, а в последующие курсы воздействие на эти точки осуществляли симметрично по тормозной методике: экспозиция иглы в точке акупунктуры 20-30 и более минут; предполагаются манипуляции иглой – вращение против часовой стрелки и хода канала удары по ручке иглы, пунктирующие движения. Игла вводится быстро, на максимальную глубину. На 1 процедуру по данной методике берётся большое количество точек (6-10). Тормозным методом укалываются также точки акупунктуры в области спастичных мышц.

Точки акупунктуры в области паретичных мышц укалываются возбуждающим методом воздействия, который предполагает нахождение иглы в точке 15-20 минут, введение иглы по ходу канала, поверхностно, без предусмотренных ощущений и манипуляций иглой.

В сеансах рефлексотерапии постинсультных пациентов с выраженным спастическим синдромом широко применяли введение длинной иглы из одной точки акупунктуры в другую. Например, из GJ4 в MC8, из TR5 в MC6, из VB34 в RP9 и др.

Для восстановления двигательных нарушений в верхней конечности использовали точки каналов толстого и тонкого кишечника, трёх частей туловища; сегментарно применяли точки

каналов мочевого пузыря, задне-срединного канала, точки Анадера, располагающиеся по внутренней поверхности паравертебрального валика.

Для воздействия на спастичные мышцы верхней конечности предпочтение отдаётся точкам иньских каналов – лёгких, перикарда.

Очень эффективен точечный массаж концевых фаланг пальцев по возбуждающей методике (по 1-1,5 минуты на акупунктурную точку; с вибрацией). Для уменьшения спастичности мышц верхней конечности необходимо массировать точки воротниковой зоны и проксимальных отделов надплечий (VG13, VG14, VG15, VG16, PC29, PC31, VB20, VB21, V10, V11, JG9, JG10, JG11, JG12, JG13, JG14, JG15, TR15 и др.

Для воздействия на область нижних конечностей широко применяются сегментарные точки от ниже-грудного до поясничного отделов: VG3, VG4, V21-28. Процедура длится 20-25 минут.

С целью стимуляции паретичных мышц нижних конечностей симметрично укалывали точки каналов желудка (E36, E40, E41, E42), желчного пузыря (VB30, VB31, VB34, VB39), мочевого пузыря (V40, V60, V56, V57, V64) по возбуждающему и переходному методу. По седативной методике устраняется спастичность мышц нижней конечности при воздействии на точки каналов поджелудочной железы (RP4, RP6, RP9), почек (R1, R3, R6), печени (F2, F3, F5).

На 5-7 день острого периода ОНМК в лечение включаются процедуры скальпотерапии – метода, развитие и применение которого непосредственно связано с лечением инсультов. Сущность метода краниопунктуры заключается в том, что определённые зоны скальпа совпадают с проекциями анатомических образований мозга (моторная, сенсорная, речевая и др.).

На 1 процедуру скальпотерапии берётся линейный участок размером 2-4 см. Воздействие можно производить двумя иглами, которые вводятся почти горизонтально под скальп в определённую зону на 10-15 минут.

Из микросистем в рефлексотерапии постинсультных состояний также широко применяется аурикотерапия. С 3-4 процедуры рефлексотерапии наряду с корпоральными точками

можно использовать аурикулярные точки: 22, 25, 29, 33, 35, 55, 100 и др.

На базе отделения медицинской реабилитации «ГОКБ медицинской реабилитации указанными методами рефлексотерапии за 2016 год пролечено 220 пациентов с ОНМК (160 мужчин и 60 женщин), что составило 29,7% от всех пациентов, проходивших реабилитацию в отделении. У больных, получавших рефлексотерапию, в 92,0% наблюдалось улучшение на один функциональный класс и в 8,0% – улучшение функции без изменения функционального класса. Эффективность медицинской реабилитации без использования метода рефлексотерапии была существенно ниже, это объясняется тяжестью состояния пациентов, которые, как правило, имели противопоказания для проведения процедур.

Таким образом, при своевременно начатом и правильно проводимом курсе рефлексотерапии у больных с ОНМК можно добиться таких положительных результатов, как: восстановление правильной системы пусковой афферентации и рефлекторной деятельности; нормализация мышечного тонуса и выравнивание его асимметрии; профилактика контрактур и болевого синдрома; улучшение вегетативного и сенсорного обеспечения двигательных актов; позитивная психологическая настроенность пациента на компенсацию своего состояния.

ГИРУДОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Подсадчик Л.В., Сиваков А.П., Грекова Т.И.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь

Невралгия тройничного нерва – заболевание периферической нервной системы, сопровождающееся выраженным болевым синдромом, комплексом вегетативных нарушений. Заболевание отличается тяжелым течением и отсутствием достаточно эффективных методов лечения. Боли носят приступообразный характер, стереотипны, длительностью от нескольких секунд до 2 мин, характеризуются значительной интенсивностью, внезапностью, напоминают удар электрическим